



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

06.04.2021

№ 39-И

Экз. № \_\_\_\_\_

г. Ульяновск

**Об организации оказания медицинских услуг по лечению бесплодия  
с использованием вспомогательных репродуктивных технологий  
на территории Ульяновской области**

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», от 30.10.2012 № 556 «Об утверждении стандарта медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий», постановлением Правительства Ульяновской области от 29.12.2020 № 805-П «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ульяновской области на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов»,  
п р и к а з ы в а ю:

1. Создать комиссию по направлению пациентов для проведения вспомогательных репродуктивных технологий Министерства здравоохранения Ульяновской области.

2. Утвердить:

2.1. Состав комиссии по отбору пациентов к проведению вспомогательных репродуктивных технологий (приложение №1).

2.2. Положение об организации оказания медицинской помощи при лечении бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (приложение № 2).

2.3. Положение о комиссии по отбору пациентов к проведению вспомогательных репродуктивных технологий (приложение № 3).

2.4. Показания и критерии отбора пациентов к проведению вспомогательных репродуктивных технологий (приложение № 4).

2.5. Перечень обследования пациентов к проведению вспомогательных репродуктивных технологий методом ЭКО и/или процедуры переноса криоконсервированного эмбриона (приложение № 5).

2.6. Форму информированного добровольного согласия на обработку персональных данных при направлении на проведение вспомогательных репродуктивных технологий (приложение № 6).

2.7. Форму заявления к проведению вспомогательных репродуктивных технологий (приложение № 7).

2.8. Форму выписки из амбулаторной карты при направлении на проведение вспомогательных репродуктивных технологий методом ЭКО в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (приложение № 8).

2.9. Форму выписки из амбулаторной карты при направлении на проведение процедуры переноса криоконсервированного эмбриона в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (в течение года после проведения вспомогательных репродуктивных технологий методом ЭКО при наличии криоконсервированных эмбрионов) (приложение № 9).

2.10. Форму выписки из амбулаторной карты при направлении на проведение процедуры переноса криоконсервированного эмбриона в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (по истечении года после проведения вспомогательных репродуктивных технологий методом ЭКО при наличии криоконсервированных эмбрионов) (приложение № 10).

2.11. Перечень документов, необходимых для направления пациента на комиссию по отбору пациентов к проведению вспомогательных репродуктивных технологий (приложение № 11).

2.12. Форму журнала регистрации пациентов, направленных на комиссию по отбору пациентов к проведению вспомогательных репродуктивных технологий методом ЭКО и/или переноса криоконсервированного эмбриона (приложение № 12).

2.13. Форму протокола заседания комиссии по отбору пациентов к проведению вспомогательных репродуктивных технологий (приложение № 13).

2.14. Форму направления пациента на проведение вспомогательных репродуктивных технологий методом ЭКО в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (приложение № 14).

2.15. Форму направления пациента для проведения процедуры переноса криоконсервированного эмбриона в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (приложение № 15).

2.16. Форму отчёта мониторинга течения беременности и исхода родов после проведения вспомогательных репродуктивных технологий (приложение № 16).

2.17. Форму предоставления сведений о диспансерной группе пациенток с бесплодием (приложение № 17).

3. Главному внештатному специалисту по репродуктивному здоровью Министерства здравоохранения Ульяновской области (далее – Министерство) (Гордеева И.В.):

3.1. Обеспечить проведение консультации пациенток с бесплодием перед направлением документов на комиссию по отбору пациентов к проведению вспомогательных репродуктивных технологий (далее – Комиссия).

3.2. Осуществлять сбор информации и анализ эффективности проведения вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ).

3.3. Обеспечить предоставление Комиссии сведений о проделанной работе на адрес электронной почты: [mzuo@yandex.ru](mailto:mzuo@yandex.ru) ежеквартально, 15 числа месяца, следующего за отчётным.

4. Исполняющему обязанности директора ГУЗ «Ульяновский областной медицинский информационно-аналитический центр» (Ивах А.И.):

4.1. Обеспечить представление Комиссии сводной формы отчёта о пациентах, направленных в медицинские организации, осуществляющие ВРТ, течения беременности и исходе родов после проведения ВРТ в соответствии с приложением № 16 к настоящему приказу ежемесячно, 10 числа месяца, следующего за отчётным.

4.2. Обеспечить представление Комиссии сводной формы отчета по мониторингу оказания медицинской помощи с использованием метода ЭКО ежемесячно, 5 числа месяца, следующего за отчётным.

4.3. Обеспечить размещение сведений по объёмам медицинской помощи с использованием метода ЭКО в программно-информационном комплексе «Мониторинг оказания медицинской помощи с использованием метода экстракорпорального оплодотворения» ежемесячно, 15 числа месяца, следующего за отчётным.

4.4. Обеспечить размещение на официальном сайте Министерства версии листа ожидания на проведение ЭКО и/или переноса криоконсервированного эмбриона с указанием очередности и шифра пациента без персональных данных с целью возможности беспрепятственного контроля движения очереди со стороны пациентов.

4.5. Обеспечить предоставление главному внештатному специалисту по репродуктивному здоровью Министерства сведений о диспансерной группе пациенток с бесплодием в соответствии с приложением № 17 к настоящему приказу ежеквартально до 15 числа месяца, следующего за отчётным.

4.6. Обеспечить защиту персональных данных и сведений о пациентах с бесплодием, составляющих врачебную тайну, при их получении, обработке и передаче по защищённому электронному каналу связи.

5. Главным врачам государственных учреждений здравоохранения, подведомственных Министерству:

5.1. Обеспечить размещение в женской консультации (поликлинике) информации для пациентов о Порядке организации оказания медицинской помощи при лечении бесплодия с использованием ВРТ.

5.2. Организовать работу по отбору и направлению пациентов для лечения бесплодия с использованием ВРТ в соответствии с настоящим приказом.

5.3. Обеспечить проведение обследования пациентов в соответствии с приложением № 5 к настоящему приказу.

5.4. Обеспечить размещение документов, необходимых для направления пациента на проведение ВРТ, в Регистре ЭКО региональной медицинской информационной системы ГУЗ «Ульяновский областной медицинский информационно-аналитический центр» в соответствии с приложением № 11.

5.5. Обеспечить информирование пациента о присвоенном номере в электронном листе ожидания Регистра ЭКО на официальном сайте Министерства.

5.6. Обеспечить регистрацию пациентов, направленных на Комиссию, в журнале регистрации пациентов, направленных на Комиссию по отбору пациентов на проведение вспомогательных репродуктивных технологий методом ЭКО и/или переноса криоконсервированного эмбриона (приложение № 12).

5.7. Обеспечить защиту персональных данных и сведений о пациентах с бесплодием, составляющих врачебную тайну, при их получении, обработке и передаче по защищенному электронному каналу связи в ГУЗ «Ульяновский областной медицинский информационно-аналитический центр».

5.8. Обеспечить предоставление в ГУЗ «Ульяновский областной медицинский информационно-аналитический центр» сведений в мониторинг оказания медицинской помощи с использованием метода ЭКО ежемесячно, 3 числа месяца, следующего за отчетным.

5.9. Обеспечить предоставление в ГУЗ «Ульяновский областной медицинский информационно-аналитический центр» сведений о диспансерной группе пациенток с бесплодием в соответствии с приложением № 17 к настоящему приказу ежеквартально 10 числа месяца, следующего за отчетным.

6. Начальнику Клиническая больница № 172 филиал № 2 федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр медицинской радиологии и онкологии» Федерального медико-биологического агентства (Куликов В.Д.) рекомендовать исполнение пункта 5 настоящего приказа.

7. Главным врачам медицинских организаций частной системы здравоохранения, имеющим доступ в Регистр ЭКО, рекомендовать исполнение подпунктов 5.1 – 5.8 настоящего приказа.

8. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Ульяновской области от 22.03.2019 № 48-п «Об организации оказания медицинских услуг по лечению бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий на территории Ульяновской области».

**Заместитель Председателя Правительства  
Ульяновской области – Министр**

 **В.М.Мишарин**

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1  
к приказу Министерства  
здравоохранения  
Ульяновской области  
*06.04.2021 № 39-К*

**СОСТАВ**  
**комиссии по отбору пациентов к проведению**  
**вспомогательных репродуктивных технологий**

- Председатель**  
Степанова В.А. – директор департамента организации медицинской помощи населению Министерства здравоохранения Ульяновской области (далее – Министерство)
- Заместитель председателя**  
Еремина Е.В. – начальник отдела организации медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства
- Секретарь**  
Берлова Л.Е. – врач-акушер-гинеколог ГУЗ «Городская поликлиника № 4»
- Члены комиссии:**
- Ванина Л.Н. – референт отдела организации медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства
- Всеволодская О.В. – заведующий женской консультацией ГУЗ «Городская поликлиника № 5»
- Гордеева И.В. – главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью Министерства
- Жданова В.Ю. – главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Министерства
-

**ПОЛОЖЕНИЕ**  
**об организации оказания медицинской помощи при лечении**  
**бесплодия с использованием вспомогательных**  
**репродуктивных технологий**

1. Настоящее Положение об организации оказания медицинской помощи при лечении бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) регулирует вопросы организации оказания медицинской помощи при лечении бесплодия с использованием ВРТ за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) пациентам, имеющим регистрацию в установленном порядке по месту жительства на территории Ульяновской области и имеющим страховой полис ОМС.

2. ВРТ представляют собой методы лечения бесплодия, при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма (в том числе с использованием донорских и (или) криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатного материнства).

При лечении бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО или процедуры переноса криоконсервированного эмбриона за счет средств ОМС не предусмотрено:

использование донорских ооцитов, донорской спермы, донорских эмбрионов;

программа суррогатного материнства;

биопсия яичка и придатка яичка;

биопсия эмбриона с целью преимплантационного генетического тестирования (далее - ПГТ);

криоконсервация спермы или биоптата ткани яичка;

криоконсервация ооцитов;

искусственная инсеминация (далее – ИИ) спермой мужа или донора.

При получении избыточного числа эмбрионов применяется их криоконсервация (при информированном согласии пациентов). Хранение и транспортировка (в случае необходимости) осуществляется за счет личных средств граждан и иных средств, предусмотренных законодательством Российской Федерации, за исключением средств ОМС.

3. Лечение бесплодия с использованием ВРТ осуществляется в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных

репродуктивных технологий), а также имеющих объемы оказания медицинской помощи при бесплодии с применением ВРТ за счет средств ОМС (далее – медицинская организация, осуществляющая ВРТ).

4. Направление пациентов на ВРТ осуществляется Комиссией по отбору пациентов к проведению вспомогательных репродуктивных технологий (далее – Комиссия).

5. Положение о Комиссии и её состав определяется Министерством здравоохранения Ульяновской области.

6. Отбор пациентов к проведению ВРТ осуществляется медицинской организацией, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), независимо от форм собственности, в соответствии с показаниями к проведению ВРТ, при отсутствии противопоказаний, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».

7. Основанием для направления пациентов на ВРТ методом ЭКО или процедуры переноса криоконсервированного эмбриона является представление на рассмотрение Комиссии пакета документов в соответствии с приложением № 11 к настоящему приказу.

8. Представление пакета документов пациента на заседание Комиссии обеспечивает заведующий женской консультацией медицинской организации, наблюдающей пациента, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), независимо от форм собственности.

9. Комиссия в срок не позднее 10 рабочих дней со дня внесения в Регистр данных о пациенте рассматривает представленные медицинские документы, принимает решение о направлении пациента на ВРТ методом ЭКО или процедуры переноса криоконсервированного эмбриона или об отказе в направлении. Комиссия выдает направление в соответствии с формой направления пациента для проведения процедуры ЭКО (приложение № 14), переноса криоконсервированного эмбриона (приложение № 15) в рамках базовой программы ОМС. Срок действия направления 12 месяцев.

Решение об отказе в направлении пациента на ВРТ принимается в следующих случаях:

- при отсутствии показаний для ВРТ;
- при наличии противопоказаний к проведению ВРТ;
- при отсутствии какого-либо из документов, указанных в приложении № 11 к настоящему приказу.

10. Решение Комиссии по отбору пациентов оформляется протоколом в соответствии с приложением № 13 к настоящему приказу.

Протоколы хранятся в Комиссии в течение пяти лет.

11. Направление на ВРТ выдаётся Комиссией на руки пациенту или заведующему женской консультацией медицинской организации, наблюдающей пациента.

12. Медицинской организацией, наблюдающей пациента, выдаётся на руки пациенту выписка из медицинской карты амбулаторного больного для представления в медицинскую организацию, осуществляющую ВРТ. Пациентом согласовывается конкретная дата обращения в медицинскую организацию, осуществляющую ВРТ.

13. Пациент прибывает на лечение в медицинскую организацию, осуществляющую ВРТ, в соответствии с согласованной датой, представляет следующие документы:

направление на ВРТ методом ЭКО или процедуры переноса криоконсервированного эмбриона, выданное Комиссией;

выписку из медицинской карты амбулаторного больного (оригинал) в соответствии с приложениями № 8, 9, 10 к настоящему приказу;

документ, удостоверяющий личность пациента и подтверждающий регистрацию по месту жительства на территории Ульяновской области;

документ, удостоверяющий личность мужа (партнера);

полис обязательного медицинского страхования пациента;

информированное добровольное согласие пациента и мужа (партнера) на обработку персональных данных к проведению ВРТ;

результаты анализов согласно перечню и срокам обследования пациентов к проведению ВРТ.

14. В случае наступления беременности после проведения ВРТ диспансерное наблюдение за беременной женщиной осуществляется в медицинской организации, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), независимо от форм собственности. Родоразрешение беременных женщин при наступлении беременности после проведения ВРТ проводится в медицинских организациях II и III группы (уровня).

---



ПРИЛОЖЕНИЕ № 3  
к приказу Министерства  
здравоохранения  
Ульяновской области  
*06.04.2021 № 39-Д*

**ПОЛОЖЕНИЕ**  
**о Комиссии по отбору пациентов к проведению**  
**вспомогательных репродуктивных технологий**

1. Комиссия по организации мероприятий, направленных на проведение вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) методом ЭКО и/или процедуры переноса криоконсервированного эмбриона (далее – Комиссия) осуществляет свою деятельность на базе Министерства здравоохранения Ульяновской области по адресу: г. Ульяновск, ул. Кузнецова, д. 18а.

Комиссия создается в целях:

организации направления пациенток с бесплодием на ВРТ методом ЭКО и/или процедуры переноса криоконсервированного эмбриона;

формирования и упорядочивания потока пациентов путем составления листов ожидания и осуществления контроля соблюдения очередности при оказании медицинской помощи при лечении бесплодия с помощью ВРТ;

организации взаимодействия между медицинскими организациями, оказывающими данным пациентам первичную медико-санитарную помощь, и медицинскими организациями, осуществляющими ВРТ;

анализа эффективности проведения ВРТ методом ЭКО и/или процедуры переноса криоконсервированного эмбриона в медицинских организациях, осуществляющих ВРТ;

ведения мониторинга течения беременности и исхода родов после проведения ВРТ методом ЭКО и/или процедуры переноса криоконсервированного эмбриона.

В своей деятельности Комиссия руководствуется законами Российской Федерации, нормативными правовыми актами Правительства Российской Федерации, Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства здравоохранения Ульяновской области.

Руководство работой Комиссии осуществляет председатель.

В работе Комиссии участвуют заведующие женскими консультациями медицинских организаций, представляющие документы пациентов с бесплодием.

Комиссия вправе привлекать к работе других специалистов при необходимости по предварительному согласованию.

2. Порядок работы Комиссии.

2.1. Комиссия осуществляет свою деятельность путем проведения заседаний. Заседание Комиссии проводится 2 раза в месяц.

Заседание Комиссии ведет председатель (в его отсутствие – заместитель председателя).

2.2. Заседание Комиссии считается правомочным, если на нем присутствует не менее 2/3 членов комиссии.

2.3. Комиссия рассматривает медицинскую документацию, заключения врачей, принимает решение о возможности направления пациентов на проведение ВРТ.

2.4. Решение Комиссии принимается большинством голосов ее членов, присутствующих на заседании. При равенстве голосов голос председателя комиссии (в его отсутствие – заместителя председателя) является решающим.

2.5. Секретарь Комиссии:

обеспечивает сбор членов комиссии на заседание;

оформляет протоколы заседания и направления пациентов;

передает направления на руки пациенту или заведующему женской консультацией медицинской организации, наблюдающей пациента;

обеспечивает хранение протоколов решения Комиссии в течение пяти лет;

формирует электронную версию листа ожидания на проведение ЭКО и/или переноса криоконсервированного эмбриона.

2.6. При отсутствии секретаря комиссии обязанности секретаря исполняет один из членов комиссии.

---

**Показания и критерии отбора пациентов  
к проведению вспомогательных репродуктивных технологий**

1. Показания к проведению вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) методом ЭКО и/или процедуры переноса криоконсервированного эмбриона:

1) неэффективность лечения бесплодия в течение 12 месяцев при возрасте женщины до 35 лет или в течение 6 месяцев при возрасте женщины 35 лет и старше;

2) состояния, при которых эффективность лечения бесплодия при применении программ ЭКО выше, чем при применении других методов;

3) наследственные заболевания, для предупреждения которых необходимо преимплантационное генетическое тестирование, независимо от статуса фертильности;

4) сексуальная дисфункция, препятствующая выполнению полового акта (при неэффективности ИИ);

5) ВИЧ-инфекция у дискордантных партнеров, независимо от статуса фертильности.

2. Ограничениями для проведения программы ЭКО и переноса криоконсервированных эмбрионов являются:

1) снижение овариального резерва (уровень антимюллерова гормона менее 1,2 нг/мл, количество антральных фолликулов менее 5 суммарно в обоих яичниках) (перенос криоконсервированных эмбрионов возможен);

2) состояния, при которых имеются показания для хирургической коррекции органов репродуктивной системы;

3) состояния, при которых имеются показания для суррогатного материнства;

4) острые воспалительные заболевания любой локализации до излечения.

3. В случае наличия ограничений для проведения ВРТ методом ЭКО и/или процедуры переноса криоконсервированного эмбриона применение программы ЭКО и/или процедуры переноса криоконсервированного эмбриона происходит после устранения выявленных ограничений.

4. В рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования осуществляется базовая программа ВРТ (ЭКО), криоконсервация эмбрионов и перенос криоконсервированных эмбрионов.

При выполнении программы ЭКО в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, в случае возникновения показаний,

использование донорских ооцитов, донорской спермы, донорских эмбрионов, ПГТ производится дополнительно за счёт личных средств и иных средств, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5. Критерии отбора пациентов к проведению ВРТ методом ЭКО и/или процедуры переноса криоконсервированного эмбриона:

5.1. На применение вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств обязательного медицинского страхования имеют право граждане, зарегистрированные в установленном порядке по месту жительства на территории Ульяновской области, имеющие полис обязательного медицинского страхования: мужчина и женщина, как состоящие, так и не состоящие в браке (далее – пациенты).

5.2. Отсутствие психических заболеваний, препятствующих вынашиванию беременности и воспитанию ребенка.

5.3. Отсутствие тяжёлых соматических заболеваний, препятствующих вынашиванию беременности и рождению ребенка.

5.4. Отсутствие гинекологической патологии, снижающей вероятность наступления беременности при использовании методов ВРТ: хронические сальпингиты с образованием гидросальпинксов, миоматозные узлы размером более 4 см, субмукозный миоматозный узел, опухолевидные образования яичников.

5.5. Отсутствие острых воспалительных заболеваний репродуктивной системы.

5.6. Отсутствие медицинских противопоказаний к проведению ВРТ в соответствии с приложением № 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».

---

**ПЕРЕЧЕНЬ**  
**обследования пациентов к проведению вспомогательных**  
**репродуктивных технологий методом ЭКО и/или процедуры переноса**  
**криоконсервированного эмбриона**

1. Рекомендуемая длительность обследования для установления причин бесплодия составляет не более 6 месяцев.

2. При подготовке к проведению ВРТ на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи для определения относительных и абсолютных противопоказаний к применению ВРТ мужчине и женщине проводится обследование.

3. Обязательный перечень обследования женщины:

3.1. Общий гинекологический осмотр.

3.2. Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное (5-7 день менструального цикла) (срок действия 1 месяц).

3.3. Оценка проходимости маточных труб с помощью гистеросальпингографии и/или соногистеросальпингографии, по показаниям – лапароскопии (срок действия – 1 год).

Выявленные при проведении лапароскопии субсерозные и интерстициальные миоматозные узлы, по расположению и размерам (более 4 см) способные оказать негативное влияние на течение беременности, удаляют.

При наличии субмукозных миоматозных узлов, полипов эндометрия выполняется гистерорезектоскопия, в случае наличия гидросальпинкса выполняется тубэктомия.

Визуально неизмененные яичники не должны подвергаться какой-либо травматизации, включая воздействие моно- и биполярной коагуляции.

3.4. Оценка состояния эндометрия: ультразвуковое исследование эндометрия, по показаниям на 7-11 день менструального цикла гистероскопия и /или биопсия эндометрия (срок действия – 1 год).

3.5. Кольпоскопия (срок действия 6 месяцев).

3.6. Ультразвуковое исследование молочных желез (срок действия 1 год).

3.7. Проводится маммография женщинам старше 40 лет и при выявлении признаков патологии молочных желез по результатам ультразвукового исследования (срок действия 1 год). При наличии признаков патологии молочных желез – заключение онколога.

3.8. Ультразвуковое исследование щитовидной железы (срок действия 6 месяцев).

3.9. Флюорография органов грудной клетки (срок действия 1 год).

3.10. Электрокардиограмма (ЭКГ) (срок действия 1 год).

3.11. Исследование в крови уровня:

- фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) (с 3 по 5 день менструального цикла),

- лютеинизирующего гормона (ЛГ) (с 3 по 5 день менструального цикла),

- общего эстрадиола (с 3 по 5 день менструального цикла),

- прогестерона (на 20-22 день менструального цикла),

- тиреотропного гормона (ТТГ),

- тестостерона (общего/свободного),

- пролактина,

- антимюллерова гормона (срок действия 6 месяцев).

По показаниям исследование в крови уровня:

- дегидроэпиандростерона сульфата (ДГЭА-S),

- свободного тироксина (Т4) (срок действия 6 месяцев).

3.12. Определение антигенов вируса простого герпеса (Herpes simplex virus 1,2) в крови методом ПЦР (срок действия 6 месяцев).

3.13. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу краснухи (Rubella virus) в крови (срок действия при наличии иммуноглобулинов класса М – 1 месяц, при наличии иммуноглобулинов класса G – не ограничен).

3.14. Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HbsAg) гепатита В (Hepatitis B virus) в крови (срок действия 3 месяца).

3.15. Определение антител классов М и G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1/2 и антигена р24 (Human immuno deficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови (срок действия 3 месяца).

3.16. Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови (срок действия 3 месяца).

3.17. Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) (срок действия 3 месяца).

3.18. Микроскопическое исследование влагалищных мазков (срок действия 1 месяц).

3.19. Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала (срок действия – 1 год).

3.20. Молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей инфекций, передаваемых половым путем, из уретры методом полимеразной цепной реакции (далее – ПЦР):

- хламидии (*Chlamydia trachomatis*),

- микоплазмы (*Mycoplasma genitalium*),

- уреаплазму (*Ureaplasma urealyticum*),

- цитомегаловирус (*Cytomegalovirus*) (срок действия 6 месяцев).

3.21. Определение основных групп крови (ABO) и антигена D системы Резус (резус фактор) (срок действия не ограничен).

3.22. Общий (клинический) анализ крови, общий (клинический) анализ мочи (срок действия 1 месяц).

3.23. Анализ крови биохимический общетерапевтический (срок действия 1 месяц).

3.24. Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (срок действия 1 месяц).

3.25. Заключение терапевта о состоянии здоровья и возможности вынашивания беременности с учетом заключений врачей-специалистов (по показаниям) (срок действия 1 год).

3.26. Заключение эндокринолога при наличии патологии (срок действия 6 месяцев).

3.27. Заключение наркологического, психоневрологического диспансеров по месту жительства об отсутствии противопоказаний к проведению ВРТ (срок действия 1 год).

3.28. Заключение главного внештатного специалиста по репродуктивному здоровью Министерства.

4. Обязательный перечень обследования мужчины:

4.1. Микроскопическое исследование спермы (спермограмма) (срок действия 6 месяцев).

4.2. Тест «смешанная антиглобулиновая реакция сперматозоидов» (MAR тест) (по показаниям).

4.3. Заключение уролога (срок действия 1 год).

4.4. Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HbsAg) гепатита В (Hepatitis B virus) в крови (срок действия 3 месяца).

4.5. Определение антител классов М и G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1/2 и антигена р24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови (срок действия 3 месяца).

4.6. Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови (срок действия 3 месяца).

4.7. Определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) (срок действия 3 месяца).

4.8. Микроскопическое исследование уретрального отделяемого и сока простаты на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*) (срок действия 1 месяц).

4.9. Определение антигенов вируса простого герпеса (Herpes simplex virus 1,2) в крови методом ПЦР (срок действия 6 месяцев).

4.10. Молекулярно-биологическое исследование отделяемого из уретры методом ПЦР на:

- хламидии (*Chlamydia trachomatis*),
- микоплазмы (*Mycoplasma genitalium*),
- уреаплазму (*Ureaplasma urealyticum*),
- цитомегаловирус (*Cytomegalovirus*) (срок действия 6 месяцев).

5. Заключение генетика пациентам, имеющим в анамнезе случаи врожденных пороков развития и хромосомных болезней (в том числе у близких родственников), неудачные беременности (в том числе после ВРТ), бесплодие у близких родственников, женщинам старше 35 лет, мужчинам при наличии мужского бесплодия.

5.1. Цитогенетическое исследование (кариотип) (по показаниям).

6. При подготовке к процедуре переноса криоконсервированного эмбриона женщине проводится обследование:

6.1. Определение антигенов вируса простого герпеса (*Herpes simplex virus 1,2*) в крови методом ПЦР (срок действия 6 месяцев).

6.2. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу краснухи (*Rubella virus*) в крови (срок действия при наличии иммуноглобулинов класса М – 1 месяц, при наличии иммуноглобулинов класса G – не ограничен).

6.3. Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (*Hepatitis B virus*) в крови или определение антигена (HbsAg) гепатита В (*Hepatitis B virus*) в крови (срок действия 3 месяца).

6.4. Определение антител классов М и G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1/2 и антигена р24 (*Human immuno deficiency virus HIV 1/2 +Agr24*) в крови (срок действия 3 месяца).

6.5. Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (*Hepatitis C virus*) в крови (срок действия 3 месяца).

6.6. Определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) (срок действия 3 месяца).

6.7. Микроскопическое исследование влагалищных мазков (срок действия 1 месяц).

6.8. Молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей инфекций, передаваемых половым путем, из уретры методом ПЦР:

- хламидии (*Chlamydia trachomatis*),
- микоплазмы (*Mycoplasma genitalium*),
- уреаплазму (*Ureaplasma urealyticum*),
- цитомегаловирус (*Cytomegalovirus*) (срок действия 6 месяцев).

7. Перечень обследования пациентов, указанный в п. 6, действителен в течение одного года после проведения ВРТ методом ЭКО при наличии криоконсервированных эмбрионов. В случае если криоконсервированные эмбрионы не использованы в течение вышеуказанного периода, при получении направления на очередную процедуру переноса криоконсервированного эмбриона обследование пациентки проводится в соответствии с п. 8 приложения № 5 с оформлением выписки согласно приложению № 10.

8. Перечень обследования женщины при проведении переноса криоконсервированного эмбриона по истечении одного года после проведения ВРТ методом ЭКО при наличии криоконсервированных эмбрионов:

8.1. Клинический анализ крови, общий анализ мочи (срок действия 1 месяц).



8.2. Биохимический анализ крови (общий белок, мочевина, креатинин, АСТ, АЛТ, общий билирубин, глюкоза, холестерин) (срок действия 1 месяц).

8.3. Коагулограмма (срок действия 1 месяц).

8.4. Исследование в крови уровня:

- общего эстрадиола (с 3 по 5 день менструального цикла),

- прогестерона (на 20-22 день менструального цикла) (срок действия 6 месяцев).

8.5. Определение антигенов вируса простого герпеса (Herpes simplex virus 1,2) в крови методом ПЦР (срок действия 6 месяцев).

8.6. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу краснухи (Rubella virus) в крови (срок действия при наличии иммуноглобулинов класса М – 1 месяц, при наличии иммуноглобулинов класса G – не ограничен).

8.7. Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HbsAg) гепатита В (Hepatitis B virus) в крови (срок действия 3 месяца).

8.8. Определение антител классов М и G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1/2 и антигена р24 (Human immuno deficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови (срок действия 3 месяца).

8.9. Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови (срок действия 3 месяца).

8.10. Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) (срок действия 3 месяца).

8.11. Молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей инфекций, передаваемых половым путем, из уретры методом ПЦР:

- хламидии (Chlamydia trachomatis),

- микоплазмы (Mycoplasma genitalium),

- уреоплазму (Ureaplasma urealyticum),

- цитомегаловирус (Cytomegalovirus) (срок действия 6 месяцев).

8.12. Микроскопическое исследование влагалищных мазков (срок действия 1 месяц).

8.13. Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала) (срок действия – 1 год).

8.14. Оценка состояния эндометрия: ультразвуковое исследование эндометрия, по показаниям на 7-11 день менструального цикла гистероскопия и/или биопсия эндометрия (срок годности исследования – 1 год).

8.15. Кольпоскопия (срок действия 6 месяцев).

8.16. Ультразвуковое исследование молочных желез (срок действия 1 год).

8.17. Проводится маммография женщинам старше 40 лет и при выявлении признаков патологии молочных желез по результатам ультразвукового исследования (срок действия 1 год). При наличии признаков патологии молочных желез – заключение онколога.

8.18. Ультразвуковое исследование щитовидной железы (срок действия 1 год).

8.19. Флюорография органов грудной клетки (срок действия 1 год).

8.20. Электрокардиограмма (ЭКГ) (срок действия 1 год).

8.21. Заключение терапевта о состоянии здоровья и возможности вынашивания беременности с учетом заключений врачей-специалистов (по показаниям) (срок действия 1 год).

---

ПРИЛОЖЕНИЕ № 6  
к приказу Министерства  
здравоохранения  
Ульяновской области  
*06.04.2021* № *39-Т*

**ФОРМА**  
информированного добровольного согласия на обработку персональных  
данных при направлении на проведение  
вспомогательных репродуктивных технологий

В комиссию по отбору  
пациентов к проведению  
вспомогательных  
репродуктивных технологий

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
о согласии на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

даю согласие \_\_\_\_\_  
(учреждение здравоохранения)

и Комиссии по отбору пациентов к проведению ВРТ на обработку и  
использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью  
проведения ВРТ методом ЭКО и/или процедуры переноса  
криоконсервированного эмбриона

1. Дата рождения \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

2. Пол \_\_\_\_\_  
(женский, мужской - указать нужное)

3. Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
(наименование, номер и

серия документа, кем и когда выдан)

4. Адрес по месту регистрации \_\_\_\_\_  
(почтовый адрес по месту регистрации)

5. Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_  
(почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон)

6 Наименование страховой медицинской организации, серия и № страхового полиса обязательного медицинского страхования

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден (предупреждена).  
(нужное подчеркнуть)

На передачу лично мне сведений о дате вызова на лечение и иных данных по телефонам, указанным в заявлении согласен (согласна).  
(нужное подчеркнуть)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Заявление и документы гражданина (гражданки) \_\_\_\_\_  
Принял \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(дата приема заявления)

\_\_\_\_\_  
(подпись специалиста)

----- (линия отреза)

Расписка-уведомление

Заявление и документы гражданина (гражданки) \_\_\_\_\_

Принял \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(дата приема заявления)

\_\_\_\_\_  
(подпись специалиста)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7  
к приказу Министерства  
здравоохранения  
Ульяновской области  
*06.04.2021 № 39-Т*

**ФОРМА**  
**заявления к проведению вспомогательных репродуктивных технологий**

Председателю комиссии по отбору  
пациентов к проведению вспомогательных  
репродуктивных технологий

\_\_\_\_\_

(ФИО заявителя)

\_\_\_\_\_

(паспортные данные заявителя)

\_\_\_\_\_

(адрес места жительства заявителя)

\_\_\_\_\_

(контактный телефон)

**Заявление**

Прошу оказать мне медицинскую помощь по лечению бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий методом ЭКО и/или процедуры переноса криоконсервированного эмбриона за счет средств обязательного медицинского страхования.

Приложение:

- копия документа, удостоверяющего личность и подтверждающего регистрацию по месту жительства;
- копия документа, удостоверяющего личность мужа (партнера);
- выписка из медицинской карты амбулаторного больного;
- копия полиса обязательного медицинского страхования;
- копия СНИЛС;
- информированное добровольное согласие на обработку персональных данных к проведению ВРТ;
- информированное добровольное согласие мужа (партнера) на обработку персональных данных к проведению ВРТ.

Дата заполнения \_\_\_\_\_

Подпись заявителя \_\_\_\_\_

ПРИЛОЖЕНИЕ № 8  
к приказу Министерства  
здравоохранения  
Ульяновской области  
*06.04.2021* № *39-Т*

Штамп медицинской организации:

**ВЫПИСКА**

**из амбулаторной карты при направлении на проведение вспомогательных  
репродуктивных технологий методом ЭКО за счет средств обязательного  
медицинского страхования**

Наименование учреждения здравоохранения: \_\_\_\_\_

Адрес учреждения: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Серия \_\_\_\_\_ № паспорта \_\_\_\_\_

Адрес (с почтовым индексом): \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Полис ОМС \_\_\_\_\_

Адрес эл. почты \_\_\_\_\_

Пациентка направляется для проведения процедуры ВРТ методом ЭКО в  
\_\_\_\_\_ (первично/повторно) за счет средств ОМС.

(указать клинику ЭКО)

Диагноз (подробный, с указанием кода по МКБ-10) \_\_\_\_\_

*Жалобы: (отсутствие беременности в течение \_\_\_\_\_ лет регулярной половой  
жизни и т.д.)*

Индекс массы тела \_\_\_\_\_ Рост \_\_\_\_\_ Вес \_\_\_\_\_

Аллергологический анамнез: \_\_\_\_\_

Гемотрансфузии: \_\_\_\_\_

Наследственный анамнез: \_\_\_\_\_

Лues, туберкулез, гепатиты: \_\_\_\_\_

Перенесенные заболевания: \_\_\_\_\_

Перенесенные гинекологические заболевания до начала половой жизни: \_\_\_\_\_

Перенесенные гинекологические заболевания при половой жизни: \_\_\_\_\_

Менструальная функция: \_\_\_\_\_

Половая функция: \_\_\_\_\_

Брак \_\_\_\_\_ (первый/второй) (сколько лет), зарегистрирован/не зарегистрирован

Предохраняет ли себя от беременности: \_\_\_\_\_

Репродуктивная функция: А-, Р-, В-

Год	Беременность	Особенности течения

Гинекологические заболевания и перенесенные операции:

Год	Операция, показания	Объем операции

Попытка ЭКО и ПЭ - дата проведения (с техникой ИКСИ), примененные препараты, курсовая доза, исход лечения.

Данные обследования

1.

Инфекция	дата анализа	Результат исследования
ВИЧ 1,2 (IgM, IgG)+ Agp 24		
Гепатит В (HBsAg/HbsAg)		
Гепатит С (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM)		

2.

Инфекция	дата анализа ИФА	Результат исследования	дата анализа РПГА	Результат исследования
Трепонема pallidum				

При получении положительного результата методом ИФА необходимо провести консультацию в кожно-венерологическом диспансере по месту жительства и получить заключение.

3. Клинический анализ крови - дата анализа

Показатель	значение	норма, единицы измерения
Гемоглобин		
Эритроциты		
Цветной показатель		
Гематокрит		
Тромбоциты		
СОЭ		
Лейкоциты		
Базофилы		
эозинофилы		
нейтрофилы		

• лимфоциты		
• моноциты		

4. Общий анализ мочи – дата анализа

5. Группа крови, резус фактор – дата анализа

6. Биохимический анализ крови – дата анализа

Показатель	значение	норма, единицы измерения
глюкоза		
общий белок		
общий билирубин		
креатинин		
мочевина		
холестерин		
АСТ		
АЛТ		

7. Коагулограмма – дата анализа

Показатель	значение	норма, единицы измерения
МНО		
Протромбиновый Индекс		
АЧТВ		
Фибриноген		
Тромбиновое время		

Заключение:

При выявлении нарушений показателей коагулограммы – показана консультация гематолога с рекомендациями и заключением: *проведение программы ЭКО и ПЭ, беременность не противопоказаны.*

8. Гормональное обследование – дата анализа

Гормоны	показатели	норма, единицы измерения
ФСГ		
ЛГ		
Эстрадиол Е2		
пролактин		
тестостерон		



ТТГ		
АМГ		
прогестерон		
По показаниям:		
ДГЭА-S		
Т4		

## 9. Исследование сыворотки крови методом ПЦР – дата анализа

Инфекции	Результат
Herpes simplex virus 1,2 (ВПГ)	

## 10. Исследование сыворотки крови методом ИФА – дата анализа

Инфекции	IgM	IgG, единицы измерения
Rubeolla virus		

## 11. Исследование отделяемого из уретры методом ПЦР – дата анализа

Инфекции	Результат
Ureaplasma urealyticum	
Chlamydia trachomatis	
Mycoplasma genitalium	
Cytomegalovirus	

## 12. Мазок на флору – дата анализа

	U	C
Лейкоциты		
Пл. эпителий		
Гонококки		
Трихомонады		
Флора		

13. Мазок на онкоцитологию – дата анализа *(результат описать)*.14. Кольпоскопия – дата исследования *(результат описать)*.15. УЗИ органов малого таза на 5-7 дни менструального цикла – дата исследования *(результат описать)*.16. УЗИ молочных желез – дата исследования *(результат описать)*. При наличии патологии молочных желез – заключение онколога.17. УЗИ щитовидной железы – дата исследования *(результат описать)*.18. ЭКГ – дата исследования *(результат описать)*.19. Флюорография органов грудной клетки – дата исследования *(результат описать)*.20. Консультация терапевта – дата осмотра *(заключение о состоянии здоровья и отсутствии противопоказаний для вынашивания беременности)*.

21. При наличии экстрагенитального заболевания консультация специалиста по профилю заболевания и заключение об отсутствии противопоказаний для вынашивания беременности и назначения гормональных препаратов (с указанием кода МКБ X).

22. Заключение нарколога и психиатра по месту жительства об отсутствии противопоказаний к проведению ВРТ методом ЭКО.

23. Консультация генетика, кариотип (по показаниям) - дата (*результат консультации*).

Муж: Ф.И.О., дата рождения

1.

Спермограмма: дата анализа					
Параметры		Норма ВОЗ	Параметры		Норма ВОЗ
Воздержание		3-7 дней	Кол-во сперматозоидов в 1 мл		$\geq 15$ млн/мл
Время разжижения		<60 мин	Кол-во сперматозоидов в эякуляте		$\geq 39$ млн
Объемэякулята		$\geq 1,5$ мл	Подвижных из них:		$\geq 40\%$
Вязкость		N	с прогрессивным движением		$\geq 32\%$
Цвет		серо-молоч.	прогрессивно-слабоподвижные		
РН		7,2-7,8	непрогрессивно-подвижные		
Агглютинация		нет	Неподвижные		
Лейкоциты		<1 млн/мл, до 3-5 в п/з			
Спермоцитогарма					
Сперматозоиды с нормальной морфологией			Сперматозоиды с патологической морфологией		
			1. головки		
сперматиды			2. шейки		
Особенности:			3. хвоста		
			4. смешанного типа		
МАР-тест					
Анализ фрагментации ДНК сперматозоидов					

Заключение: *нормозооспермия и т.д.*

2.

Инфекция	дата анализа	Результат исследования
ВИЧ 1,2 (IgM, IgG)+ Agp 24		
Гепатит В (HBsAg/HbsAg)		
Гепатит С (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM)		

3.

Инфекция	дата анализа ИФА	Результат исследования	дата анализа РПГА	Результат исследования
Treponema pallidum				

При получении положительного результата методом ИФА необходимо провести консультацию в кожно-венерологическом диспансере по месту жительства и получить заключение.

4. Исследование сыворотки крови методом ПЦР – дата анализа

Инфекции	Результат
Herpes simplex virus 1,2 (ВПГ)	

5. Исследование отделяемого из уретры методом ПЦР – дата анализа

Инфекции	Результат
Ureaplasma urealyticum	
Chlamydia trachomatis	
Mycoplasma genitalium	
Cytomegalovirus	

6. Микроскопическое исследование отделяемого из уретры – дата анализа

	U
Лейкоциты	
Пл.эпителий	
Гонококки	
Трихомонады	
Флора	

7. Заключение уролога-андролога – дата осмотра.

**Заключение:**

Пациентка (ФИО) нуждается в направлении на ВРТ методом ЭКО за счет средств обязательного медицинского страхования.

Лечащий врач (ФИО/подпись) \_\_\_\_\_

Заведующий женской консультацией (ФИО/подпись) \_\_\_\_\_

Печать медицинской организации

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 г.

Штамп медицинской организации

**ВЫПИСКА ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ**  
при направлении на проведение процедуры переноса криоконсервированного  
эмбриона за счет средств ОМС  
(в течение года после проведения вспомогательных репродуктивных  
технологий методом ЭКО при наличии криоконсервированных эмбрионов)

Адрес медицинского учреждения: \_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Паспорт: серия: \_\_\_\_\_ номер: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Тел: \_\_\_\_\_

Полис ОМС: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Пациентка направляется для проведения процедуры переноса  
криоконсервированного эмбриона в \_\_\_\_\_  
(первично/повторно) за счет средств ОМС. (указать клинику ЭКО)

Диагноз (подробный, указанием кода по МКБ-10): \_\_\_\_\_

Жалобы: (отсутствие беременности в течение \_\_\_\_\_ лет регулярной половой  
жизни и т.д.)

Индекс массы тела \_\_\_\_\_ Рост \_\_\_\_\_ Вес \_\_\_\_\_

Аллергологический анамнез: \_\_\_\_\_

Гемотрансфузии: \_\_\_\_\_

Наследственный анамнез: \_\_\_\_\_

Лues, туберкулез, гепатиты: \_\_\_\_\_

Перенесенные заболевания: \_\_\_\_\_

Перенесенные гинекологические заболевания до начала половой жизни: \_\_\_\_\_

Перенесенные гинекологические заболевания при половой жизни: \_\_\_\_\_

Менструальная функция: \_\_\_\_\_

Половая функция: \_\_\_\_\_

Брак \_\_\_\_\_ (первый/второй) (сколько лет), зарегистрирован/не зарегистрирован

Предохраняет ли себя от беременности: \_\_\_\_\_

Репродуктивная функция: А-, Р-, В-

Год	Беременность	Особенности течения

Гинекологические заболевания и перенесенные операции:

Год	Операция, показания	Объем операции

Попытка ЭКО и ПЭ – дата проведения (с техникой ИКСИ), примененные препараты, курсовая доза, исход лечения.

Данные обследования

1.

Инфекция	дата анализа	Результат исследования
ВИЧ 1,2 (IgM, IgG)+ Agp 24		
Гепатит В (HBsAg/HbsAg)		
Гепатит С (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM)		

2.

Инфекция	дата анализа ИФА	Результат исследования	дата анализа РПГА	Результат исследования
Treponema pallidum				

При получении положительного результата методом ИФА необходимо провести консультацию в кожно-венерологическом диспансере по месту жительства и получить заключение.

3. Исследование сыворотки крови методом ПЦР – дата анализа

Инфекции	Результат
Herpes simplex virus 1,2 (ВПГ)	

4. Исследование отделяемого из уретры методом ПЦР – дата анализа

Инфекция	Результат
Ureaplasma urealyticum	
Chlamydia trachomatis	
Mycoplasma genitalium	

Cytomegalovirus	
-----------------	--

### 5. Микроскопия отделяемого половых органов- дата анализа

	U	C
Лейкоциты		
Пл. эпителий		
Гонококки		
Трихомонады		
Флора		

### Заключение:

Пациентка (Ф.И.О.) нуждается в направлении на ВРТ для проведения процедуры переноса криоконсервированного эмбриона за счет средств обязательного медицинского страхования.

Лечащий врач (ФИО/подпись) \_\_\_\_\_

Заведующий женской консультацией (ФИО/подпись) \_\_\_\_\_

Печать медицинской организации

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 10  
к приказу Министерства  
здравоохранения  
Ульяновской области  
06.04.2021 № 39-Т

Штамп медицинской организации

**ВЫПИСКА ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ**  
при направлении на проведение процедуры переноса криоконсервированного  
эмбриона за счет средств ОМС  
(по истечении года после проведения вспомогательных репродуктивных  
технологий методом ЭКО при наличии криоконсервированных эмбрионов)

Наименование учреждения здравоохранения: \_\_\_\_\_  
Адрес учреждения: \_\_\_\_\_  
Телефон: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_  
Серия \_\_\_\_\_ № паспорта \_\_\_\_\_  
Адрес (с почтовым индексом): \_\_\_\_\_  
Телефон \_\_\_\_\_  
Полис ОМС \_\_\_\_\_  
Адрес эл. почты \_\_\_\_\_

Пациентка направляется для проведения процедуры переноса  
криоконсервированного эмбриона в \_\_\_\_\_  
(первично/повторно) за счет средств ОМС. (указать клинику ЭКО)

Диагноз (подробный, указанием кода по МКБ-10): \_\_\_\_\_

Жалобы: (отсутствие беременности в течение \_\_\_\_\_ лет регулярной половой  
жизни и т.д.)

Индекс массы тела \_\_\_\_\_ Рост \_\_\_\_\_ Вес \_\_\_\_\_

Аллергологический анамнез: \_\_\_\_\_

Гемотрансфузии: \_\_\_\_\_

Наследственный анамнез: \_\_\_\_\_

Лues, туберкулез, гепатиты: \_\_\_\_\_

Перенесенные заболевания: \_\_\_\_\_

Перенесенные гинекологические заболевания до начала половой жизни: \_\_\_\_\_

Перенесенные гинекологические заболевания при половой жизни: \_\_\_\_\_

Менструальная функция: \_\_\_\_\_

Половая функция: \_\_\_\_\_

Брак \_\_\_\_\_ (первый/второй) (сколько лет), зарегистрирован/не зарегистрирован

Предохраняет ли себя от беременности: \_\_\_\_\_

Репродуктивная функция: А-, Р-, В-

Год	Беременность	Особенности течения

Гинекологические заболевания и перенесенные операции:

Год	Операция, показания	Объем операции

Попытка ЭКО и ПЭ – дата проведения (с техникой ИКСИ), примененные препараты, курсовая доза, исход лечения.

Данные обследования

1.

Инфекция	дата анализа	Результат исследования
ВИЧ 1,2 (IgM, IgG)+ Agp 24		
Гепатит В (HBsAg/HbsAg)		
Гепатит С (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM)		

2.

Инфекция	дата анализа ИФА	Результат исследования	дата анализа РПГА	Результат исследования
Трепонема pallidum				

При получении положительного результата методом ИФА необходимо провести консультацию в кожно-венерологическом диспансере по месту жительства и получить заключение.

3. Клинический анализ крови – дата анализа

Показатель	значение	норма, единицы измерения
Гемоглобин		
Эритроциты		
Цветной показатель		
Гематокрит		
Тромбоциты		
СОЭ		
Лейкоциты		



Базофилы		
эозинофилы		
нейтрофилы		
лимфоциты		
моноциты		

## 4. Общий анализ мочи – дата анализа

## 5. Биохимический анализ крови – дата анализа

Показатель	Значение	Норма, единицы измерения
Холестерин		
Общий билирубин		
АСТ		
АЛТ		
Мочевина		
Креатинин		
Общий белок		
Глюкоза		

## 6. Коагулограмма – дата анализа

Показатель	Значение	Норма, единицы измерения
АЧТВ		
Тромбиновое время		
Фибриноген		
Протромбиновый индекс		
МНО		

## 7. Гормональное обследование – дата анализа

Гормоны	Показатели	Норма, единицы измерения
Эстрадиол (E2)		
Прогестерон (21 день цикла)		

## 8. Исследование сыворотки крови методом ПЦР – дата анализа

Инфекции	Результат
Herpes simplex virus 1,2 (ВПГ)	

## 9. Исследование отделяемого из уретры методом ПЦР – дата анализа

Инфекции	Результат
Ureaplasma urealyticum	
Chlamydia trachomatis	
Mycoplasma genitalium	
Cytomegalovirus	

## 11. Микроскопия отделяемого половых органов – дата анализа

	U	C
Лейкоциты		
Пл. эпителий		
Гонококки		
Трихомонады		
Флора		

12. Мазок на онкоцитологию – дата анализа (*результат описать*).
13. Кольпоскопия – дата исследования (*результат описать*).
14. УЗИ органов малого таза на 5-7 дни менструального цикла – дата исследования (*результат описать*).
15. УЗИ молочных желез - дата исследования (*результат описать*). При наличии патологии молочных желез – заключение маммолога.
16. УЗИ щитовидной железы – дата исследования (*результат описать*).
17. ЭКГ – дата исследования (*результат описать*).
18. Флюорография органов грудной клетки – дата исследования (*результат описать*).
19. Консультация терапевта – дата осмотра (*заключение о состоянии здоровья и отсутствии противопоказаний для вынашивания беременности*).
20. При наличии экстрагенитального заболевания консультация специалиста по профилю заболевания и заключение об отсутствии противопоказаний для вынашивания беременности и назначения гормональных препаратов (с указанием кода МКБ X).

### **Заключение:**

Пациентка (Ф.И.О.) нуждается в направлении на ВРТ для проведения процедуры переноса криоконсервированного эмбриона за счет средств обязательного медицинского страхования.

Лечащий врач (ФИО/подпись) \_\_\_\_\_

Заведующий женской консультацией (ФИО/подпись) \_\_\_\_\_

Печать медицинской организации

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 11  
к приказу Министерства  
здравоохранения  
Ульяновской области  
*06.04.2021 № 39-П*

**Перечень документов, необходимых для направления пациентов на  
Комиссию по отбору пациентов к проведению вспомогательных  
репродуктивных технологий**

1. Заявление пациентки в соответствии с приложением № 7 к настоящему приказу.
  2. Копия документа, удостоверяющего личность пациентки и подтверждающего регистрацию по месту жительства на территории Ульяновской области.
  3. Копия документа, удостоверяющего личность мужа (партнера).
  4. Копия полиса обязательного медицинского страхования пациентки (с 2-х сторон).
  5. Копия страхового свидетельства государственного пенсионного страхования (СНИЛС).
  6. Информированное добровольное согласие пациентки и мужа (партнера) на обработку персональных данных при направлении на проведение ВРТ методом ЭКО в соответствии с приложением № 6 к настоящему приказу.
  7. При проведении ВРТ методом ЭКО выписка из медицинской карты амбулаторного больного в соответствии с приложением № 8 к настоящему приказу.
  8. При проведении процедуры переноса криоконсервированного эмбриона:
    - 8.1. в течение года после проведения ВРТ методом ЭКО при наличии криоконсервированных эмбрионов выписка из медицинской карты амбулаторного больного в соответствии с приложением № 9 к настоящему приказу;
    - 8.2. по истечении года после проведения ВРТ методом ЭКО при наличии криоконсервированных эмбрионов выписка из медицинской карты амбулаторного больного в соответствии с приложением № 10 к настоящему приказу.
-

ПРИЛОЖЕНИЕ № 12  
 к приказу Министерства  
 Ульяновской области  
 06.04.2021 № 39П

**ЖУРНАЛ**  
 регистрации пациентов, направленных на Комиссию по отбору пациентов на проведение  
 вспомогательных репродуктивных технологий методом ЭКО и/или переноса криоконсервированного эмбриона

№ п/п	Полис ОМС	ФИО	Дата рождения	Домашний адрес (регистрация)	Телефон	Диагноз	Дата регист рации	Дата заседания комиссии	Решение комиссии	Медици нская организа ция, в которую направл ена пациент ка для проведе ния ВРТ методом ЭКО	Сведения о проведении лечения	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

\*сведения, вносимые в журнал, включают персональные данные и врачебную тайну, в связи с чем подлежат защите в соответствии с законодательством Российской Федерации

**ФОРМА**

**протокола заседания Комиссии по отбору пациентов к проведению ВРТ  
методом ЭКО и/или процедуры переноса криоконсервированного эмбриона**

**ПРОТОКОЛ № \_\_\_\_\_  
заседания Комиссии по отбору пациентов к проведению  
ВРТ за счет средств ОМС**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Председатель: \_\_\_\_\_

Секретарь комиссии: \_\_\_\_\_

Приглашенные: \_\_\_\_\_

Представлены документы пациентки (ФИО): \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Заключение комиссии:

Направить на ВРТ методом ЭКО и/или процедуры переноса  
криоконсервированного эмбриона \_\_\_\_\_

(указать медицинскую организацию, оказывающую ВРТ,  
контактные данные медицинской организации, оказывающей ВРТ)

Рекомендовать следующую программу ВРТ

Рекомендовать дополнительное обследование

Рекомендовать лечение

Отказать в направлении на ВРТ методом ЭКО и/или процедуры переноса  
криоконсервированного эмбриона \_\_\_\_\_

(указать причину)

Председатель Комиссии

Члены Комиссии

Секретарь Комиссии

ПРИЛОЖЕНИЕ № 14  
к приказу Министерства  
здравоохранения  
Ульяновской области  
*06.04.2021 № 39-Л*

**НАПРАВЛЕНИЕ**  
**для проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС**

№ \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
( ФИО направляемого пациента для проведения ЭКО)

\_\_\_\_\_  
(шифр пациента)

\_\_\_\_\_  
(дата рождения)

\_\_\_\_\_  
(возраст пациента)

\_\_\_\_\_  
(документ, удостоверяющий личность (серия, номер, выдан)

\_\_\_\_\_  
(полис ОМС)

\_\_\_\_\_  
(СНИЛС)

\_\_\_\_\_  
(адрес регистрации/места жительства)

\_\_\_\_\_  
(код диагноза по МКБ)

\_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации для проведения ЭКО)

\_\_\_\_\_  
(наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере  
здравоохранения, выдавшего направление)

\_\_\_\_\_  
(адрес, тел., факс, адрес эл. почты)

\_\_\_\_\_  
(должность)

М.П.

\_\_\_\_\_  
(подпись, ФИО должностного лица)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 15  
к приказу Министерства  
здравоохранения  
Ульяновской области  
*06.04.2021 № 39-П*

**Направление для проведения процедуры переноса криоконсервированного  
эмбриона за счет средств ОМС**

№ \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ ( ФИО направляемого пациента для проведения ЭКО)

\_\_\_\_\_ (шифр пациента)

\_\_\_\_\_ (дата рождения)

\_\_\_\_\_ (возраст пациента)

\_\_\_\_\_ (документ, удостоверяющий личность (серия, номер, выдан))

\_\_\_\_\_ (полис ОМС)

\_\_\_\_\_ (СНИЛС)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации/места жительства)

\_\_\_\_\_ (код диагноза по МКБ)

\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации для проведения ЭКО)

\_\_\_\_\_ (наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере  
здравоохранения, выдавшего направление)

\_\_\_\_\_ (адрес, тел., факс, адрес эл. почты)

\_\_\_\_\_ (должность)

М.П.

\_\_\_\_\_ (подпись, ФИО должностного лица)





ПРИЛОЖЕНИЕ № 17

к приказу

Министерства здравоохранения

Ульяновской области

06.04.2021 № 39-П

**Сведения о диспансерной группе пациенток с бесплодием**

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_

период \_\_\_\_\_

(указывается квартал/год)

№ п/п	Наименование показателя	Количество
1.	Количество супружеских пар, находящихся на учете по бесплодию	
2.	Причины бесплодия:	
	<i>первичное</i>	
	<i>вторичное</i>	
2.1.	Женское бесплодие, связанное с отсутствием овуляции (N97.0)	
2.2.	Женское бесплодие трубного происхождения (N97.1)	
2.3.	Женское бесплодие маточного происхождения (N97.2)	
2.4.	Женское бесплодие цервикального происхождения (N97.3)	
2.5.	Женское бесплодие, связанное с мужскими факторами (N97.4)	
2.6.	Другие формы женского бесплодия (N97.8)	
2.7.	Женское бесплодие неуточненное (N97.9)	
3.	Возраст женщин, находящихся на учете по бесплодию:	
	<i>до 25 лет</i>	
	<i>25-30 лет</i>	
	<i>31-35 лет</i>	
	<i>36-40 лет</i>	
	<i>свыше 40 лет</i>	
4.	Продолжительность бесплодия до начала обращения в медицинскую организацию	
	<i>до 3-х лет</i>	
	<i>до 5-ти лет</i>	
	<i>более 5-ти лет</i>	
5.	Длительность наблюдения и лечения в медицинской организации	
	<i>до 1 года</i>	
	<i>от 1 года до 3-х лет</i>	
	<i>более 5-ти лет</i>	

Руководитель медицинской организации (ФИО) \_\_\_\_\_ (Подпись)

Дата \_\_\_\_\_